EIN BEITRAG ZUR BEHANDLUNG
DER
COXITIS TUBERCULOSA.

INAUGURAL-DISSERTATION
WELCHE
ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE
IN DER
MEDICIN UND CHIRURGIE
MIT ZUSTIMMUNG
DER MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN
AM 21. DECEMBER 1894
NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN
ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD
DER VERFASSER

Fritz Liesegang
aus Techow in der Priegnitz.

Opponenten:

Herr Dr. med. Max Rauschke.
„ stud. med. Erich Thiele.
„ Dr. med. Georg Lent.

BERLIN
C. VOGTS BUCHDRUCKEREI (E. EBERING).
Linkstrasse 16.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535723_0096

Im Andenken an

meine teuren Eltern

meinen lieben Geschwistern

gewidmet.

Obgleich über die Behandlung der tuberkulösen Coxitis schon sehr viel geschrieben ist, so hat man doch noch zu keinem endgültigen Entscheid, wie dieselbe am zweckmässigsten zu behandeln sei, gelangen können. Es stehen sich immer noch 2 Parteien gegenüber, von denen die eine die konservative, die andere die operative Behandlung vertritt.

Als Ende des Jahres 1890 Geheimrat Koch seine Veröffentlichungen über Untersuchungen mit dem von ihm benannten Tuberkulin gemacht hatte, gaben sich viele, was die Heilung tuberkulöser Processe angeht, den grössten Hoffnungen hin. Koch selbst hat nie dazu Anlass gegeben. Seine Behauptungen gingen stets dahin, dass die Anwendung dieses Mittels mit den früher gewonnenen Erfahrungen Hand in Hand gehen müsse. Als nun in der nächsten Zeit zahlreiche Versuche mit dem neuen Mittel auch bei Gelenktuberkulose gemacht wurden, wurde diese Behauptung bestätigt, man hat nach wie vor zur Hüftgelenksresektion schreiten müssen, die erkrankten Teile entfernen müssen. Auch dieses Mittel hat zu der Frage, ob die tuberkulöse Coxitis mehr operativ oder mehr exspektativ zu behandeln sei, den Vertretern der letzteren Richtung nicht zum Siege verhelfen können.

Angeregt durch Herrn Stabsarzt Dr. Tilmann erscheint es mir nun nicht unangebracht, durch Zusammenstellung aller innerhalb 10 Jahre 1882—1892 in der chirurgischen Klinik Bardelebens am königlichen Charité-Krankenhause wegen tuberkulöser Coxitis be-

handelten Fälle einen kleinen Beitrag zur Lösung dieser Fage zu liefern.

Leider ist es mir nicht gelungen, die früheren Patienten von neuem zu untersuchen, da meine diesbezüglichen Anfragen entweder als unbestellbar zurückgekommen oder unbeantwortet geblieben sind; man muss eben bedenken, dass die Verhältnisse in einer Millionenstadt bei weitem in dieser Beziehung am ungünstigsten liegen.

In den nachfolgenden Zahlen sind nur die Fälle enthalten, welche von Anfang des Leidens in der Klinik behandelt sind.

Ich führe nun die behandelten Fälle ganz kurz an, und zwar werde ich, da es zu weit führen würde, wenn ich von weit über 100 Fällen ausführliche Krankengeschichten angeben würde, ganz kurz das Alter, das Geschlecht, hereditäre Verhältnisse, wenn solche vorhanden sind, die Krankheit, die Behandlung und das Resultat, welches durch letztere erzielt wurde, anführen.

1. 6 Jahre altes Mädchen. — Cox. dext. — Extension. — In 4 Mon. geheilt.

2. 5 Jahre altes Mädchen. — Cox. dext. — Extension. — Nach 5 Mon. geheilt.

3. 16 Jahre alter Jüngling. — Cox. sin. — Extension. — In 10 Mon. geheilt.

4. 25 Jahre altes Mädchen. — Cox. sin. — Extension. — In 6 Mon. geheilt.

5. 23 Jahre alte Frau. — Cox. dext. — Extension. — In 5 Mon. geheilt.

6. $2^1/_2$ Jahre alter Knabe. — Cox. dext. — Extension. — In 6 Mon. geheilt.

7. 7 Jahre alter Knabe. — Cox. dext. — Extension. — Tod an Tuberculosa der Lungen.

8. 38 Jahre alter Mann. — Cox. dext. — Extension. — Nach 2 Tagen Tod an Typhus abd.

9. 6 Jahre altes Mädchen. — Cox. sin. — Extension. — Auf Wunsch ungeheilt entlassen.

10. 8 Jahre alter Knabe. — Cox. dext. — Exten-

sion. — Nach 4 Mon. Exitus letalis an Meningitis tuberculosa.

11. 46 Jahre alter Mann. — Cox. sin. — Extension mit Abscessöffnung. — Nach 4 Wochen Tod an Tuberkulose.

12. 35 Jahre alter Mann. — Seit 17 Wochen: Cox. sin. — Extension ohne Erfolg. — Ungeheilt a. W. entlassen.

13. 4 Jahre altes Mädchen. — Seit $^3/_4$ Jahren: Cox. dext. Extension ohne Erfolg. — A. W. ungeheilt entlassen.

14. 24 Jahre alter Mann. — Cox. sin. — Extension. — Nach 14 Tagen geheilt.

15. 18 Jahre alter Jüngling. — Seit 3 Wochen: Cox. sin. — Extension mit Abscessöffnung. — Nach 4 Mon. Heilung in Ankylose.

16. 19jähriger Jüngling. — Seit 14 Tagen: Cox. dext. — Extension. — Nach 4 Mon. geheilt.

17. 20 Jahre altes Mädchen. — Seit $^3/_4$ J. Cox. sin. — Extension. — Nach 4 Mon. Heilung.

18. 7 Jahre altes Mädchen. — Seit 5 Mon. Cox. sin. — Extension. — Nach 4 Mon. geheilt.

19. 9 Jahre alter Knabe. — Seit 1 J. Cox. dext. — Extension. — Nach 3 Wochen Heilung.

20. 27 Jahre alte Frau. — Seit 3 Mon. Cox. sin. — Extension. — In 3 Wochen geheilt.

21. 3 Jahre altes Mädchen. — Seit 14 Tagen Cox. sin. — Abscessöffnung, Extension. — In 9 Wochen geheilt.

22. 40 Jahre alte Frau. — Vater ist an Phthise gestorben. — Seit $^3/_4$ J. Cox. dext. — Extension. — Nach 6 Wochen Heilung in Ankylose.

23. 7 Jahre altes Mädchen. — Seit 2 J. Cox. dext. mit Ankylose. — Extension. — In 3 Wochen Heilung.

24. 16jähriger Jüngling. — Seit 3 Wochen Cox. sin. — Extension. — In 6 Wochen geheilt. Ankylose.

25. 14 Jahre alter Knabe, dessen Vater brustkrank ist. — Seit $^3/_4$ J. Cox. dext. et sin. — Beiderseits Extension. — Nach 6 Mon. Heilung.

26. 20 Jahre altes Mädchen. — Seit 2 Mon. Cox. sin. — Extension. — Innerhalb 4 Wochen Heilung.

27. 18 Jahre alter junger Mann — Seit 3 Wochen Cox. dext. — Extension. — In 4 Wochen geheilt.

28. 16jähriges Mädchen. — Seit 4 Mon. Cox. sin. — Extension. — In 3 Mon. geheilt.

29. 12 Jahre alter Knabe. — Seit 2 J. Cox. sin. — Extension. — In 5 Wochen Heilung.

30. 11 Jahre altes Mädchen. — Seit 3 Mon. Cox. sin. — Extension. — In 4 Wochen geheilt.

31. 8 Jahre altes Mädchen, in dessen Familie Phthise herrscht. — Cox. dext. nach Meningitis simplex. — Extension. — Nach 3 Mon. geheilt.

32. 42 Jahre alter Mann. — Seit 1 J. Cox. dext. Extension. — Nach 7 Wochen Heilung. — Ankylose und 5 ctm. Verkürzung.

33. 22jähriger Mann. — Seit dem 17. Lebensjahr Cox. sin. — Extension. — In 3 Mon. geheilt.

34. 20 Jahre altes Mädchen; dessen Mutter an Phthise gestorben ist. Seit 4 Mon. Cox. sin. — Extension. — In 3 Wochen geheilt.

35. 10 Jahre alter Knabe. — Seit 3 Wochen Cox. dext. — Extension. — Nach 6 Wochen Heilung.

36. 21 Jahre altes Mädchen. — Im 10. Lebensjahr Resectio femoris sin. in einem anderen Krankenhause. Seit 3 Wochen neue Schmerzen. — Extension. — In 5 Mon. geheilt.

37. 21 Jahre alter Mann. — Seit 4 Tagen Cox. sin. — Extension. — Nach $2^1/_2$ Mon. geheilt.

38. 24 Jahre alte Frau. — Seit dem 6. Lebensjahre Cox. sin., 2 Fisteln bestehen. P. geht an Krücken. — Spaltung der Fisteln, Extension. — Nach 7 Mon. geheilt, Ankylose.

39. 5 Jahre alter Knabe. — Seit 1 J. Cox. sin. — Extension. — Nach 3 Mon. Heilung.

40. 14jähriger Knabe. — Seit 4 Mon. Cox. dext. — Extension. — In 4 Wochen Heilung in Ankylose.

41. 4 Jahre alter Knabe. — Cox. sin. — Extension. — In 2 Mon. geheilt.

42. 3 Jahre alter Knabe. — Cox. sin. — Abscessöffnung, Extension. — Nach 5 Wochen Heilung.

43. 4 Jahre alter Knabe. — Seit 3 Mon. Cox. sin. — Extension. — In 2 Mon. geheilt.

44. 21 Jahre altes Mädchen. — Seit 1 J. Cox. dext. — Mit Extension ausserhalb der Charité ohne Erfolg behandelt. — Tenotomie der Adduktoren, Extension. — In 5 Mon. gebessert a. W. entlassen.

45. 33 Jahre alte Frau. — Seit 6 Mon. Cox. sin. — Extension und Tenotomie der Adduktoren. — 4 Mon. hernach Heilung. —

46. 10 Jahre alter Knabe, dessen Vater an Phthise gestorben ist. — Seit $^1/_2$ J. Cox. dext. — Extension. — 6 Wochen hernach Heilung.

47. 6 Jahre altes Mädchen. — Seit 2 Jahren Cox. sin. — Extension. — In 6 Wochen gebessert a. W. der Eltern entlassen.

48. 3jähriges Mädchen. — Cox. sin. — Extension. Nach 2 Mon. Heilung.

49. 26 Jahre alte Frau. — Seit 6 Tagen Cox. sin. — Extension. — Nach 2 Mon. gebessert a. W. entlassen.

50. 59 Jahre alter Mann. — Seit $^1/_2$ Jahr Cox. sin. — Extension. — In 2 Mon. geheilt.

51. 4 Jahre altes Mädchen. — Seit 7 Mon. Cox. sin. — Abscessöffnung, Extension. — Nach 16 Mon. gebessert a. W. entlassen.

52. 9jähriger Knabe. — Seit 4 Mon. Cox. sin. — Extension. — In 2 Mon. Heilung.

53. 3 Jahre alter Knabe. — Seit längerer Zeit Cox.sin., Ankylose. — Extension. — 4 Mon. hernach Besserung. — A. W. entlassen.

54. 24 Jahre alte Frau. — Seit 3 Wochen Cox. sin. — Extension. — In 3 Wochen geheilt.

55. 5 Jahre alter Knabe. — Cox. sin. — Extension. — Nach 12 Tagen gebessert a. W. entlassen.

56. $1^1/_2$ Jahre altes Mädchen. — Seit 2 Mon. Cox. dext. — Extension. — Nach 4 Wochen gebessert a. W. entlassen.

57. 5 Jahre altes Mädchen. — Seit 7 Wochen Cox. dext. — Extension. — Nach 1 Mon. geheilt.

58. 18 Jahre alter junger Mann. — Seit 1 Jahr Cox. sin. — Extension. — Nach 6 Mon. gebessert a. W. entlassen.

59. 38 Jahre alter Mann. — Seit 2 Mon. Cox. dext. — Extension ohne Erfolg. — Operation verweigert; ungeheilt entlassen.

60. 22 Jahre alter Mann. — Seit 9 Mon. Cox. dext. — Extension. — Nach 6 Wochen Besserung, a. W. entlassen.

61. 5 Jahre altes Mädchen. — Seit 2 J. Cox. sin. — Extension. — In 3 Wochen gebessert a. W. entlassen.

62. 23 Jahre alter Mann. — Seit 3 J. Fistulae e. carie coxae. — Fisteln dilatiert, ausgekratzt, Extension. — Nach 2 Mon. mit offener Wunde a. W. geb. entlassen.

63. 7 Jahre alter Knabe. — Seit 2 Jahren Cox. sin. — Extension. — Kein Erfolg, a. W. entlassen.

64. $1^1/_4$ Jahre altes Mädchen. — Seit dem 5. Lebensmonat Cox. dext.. — Extension. — Nach 3 Mon. Heilung.

65. 7 Jahre altes Mädchen. — Seit 6 Wochen Cox. dext. — Extension. — In 10 Wochen Heilung.

66. 20 Jahre altes Mädchen. — Cox. sin. — Extension. — Nach 3 Mon. geheilt.

67. 63 Jahre alte Frau. — Seit einiger Zeit Cox. sin. — Extension. — In 2 Mon. geheilt.

68. 14 Jahre alter Knabe. — Seit 1 J. Cox. dext. — Extension. — In 5 Mon. geb. a. W. entlassen.

69. $2^3/_4$ Jahre alter Knabe. — Cox. dext. — Extension. — Heilung.

70. 2 Jahre alter Knabe. — Seit 2 Mon. Cox. sin. — Extension. — In 6 Wochen geheilt.

71. 6 Jahre alter Knabe. — Seit 6 Wochen Cox. dext. — Extension. — Nach 1 Mon. gebessert a. W. entlassen.

72. 3 Jahre alter Knabe. — Seit einiger Zeit

Cox. sin. — Extension. — In 2 Monaten gebessert a. W. entlassen.

Ich schreite jetzt zur Aufführung der resecierten Fälle:

1. 21 Jahre alter Mann. Vom 11.—18. Lebensjahre Hüftgelenksfisteln, jetzt wieder Cox. sin. — Resektion. — Nach 7 Mon. Heilung mit beschränkter Beweglichkeit.

2. 15 Jahre alter Mann. — Seit $^1/_2$ J. Cox. sin. — Resektion. — Nach 1 Jahr geheilt, P. geht mit erhöhter Sohle.

3. 27 Jahre alte Frau. Seit einiger Zeit Cox. sin. — Resektion. — In 9 Mon. Heilung.

4. 4 Jahre altes Mädchen. — Cox. sin. seit 3 Mon. — Resektion. — In 4 Mon. geheilt.

5. $4^3/_4$ Jahre alter Knabe. — Seit 5 Mon. Cox. dext. — Resektion. — In 2 Mon. geheilt.

6. 7 Jahre alter Knabe. — Seit $^1/_2$ J. Cox. dext. — Resektion. — Nach 2 Mon. gute Gebrauchsfähigkeit.

7. 8 Jahre altes Mädchen. — Seit längerer Zeit Cox. dext. — Resektion. — Nach $6^1/_2$ Mon. Heilung in Ankylose.

8. 7 Jahre altes Mädchen. — Seit $^1/_2$ J. Cox. dext. — Resektion. — Nach 1 J. Heilung in nicht ganz fester Ankylose.

9. 2jähriger Knabe. — Seit 14 Tagen Cox. dext. — Resektion. — Nach 28 Mon. Heilung in Ankylose.

10. 3 Jahre altes Mädchen. — Seit längerer Zeit Cox. dext. — Resektion. — Nach 6 Mon. Heilung in Ankylose.

11. 5 Jahre alter Knabe. — Cox. dext. — Resektion. — In 20 Mon. Heilung.

12. 6 Jahre altes Mädchen. — Seit drei J. Cox. dext. — Resektion. — Nach 2 J. geheilt, Ankylose.

13. 6 Jahre alter Knabe. — Seit längerer Zeit Cox. dext. — Resektion. — Nach 7 Mon. geheilt.

14. 9 Jahre altes Mädchen. — Seit 2 J. Cox. dext. — Resektion. — In 3 Mon. geheilt.

15. 11 Jahre alter Knabe. — Seit $^1/_2$ Jahr Cox. sin. — Resektion. — In 5 Mon. geheilt. Ankylose.

16. 6 Jahre alter Knabe. — Seit 1 J. Cox. dext. — Resektion. — Innerhalb 10 Wochen Heilung in Ankylose.

17. $3^1/_2$ Jahre alter Knabe. — Seit 2 Mon. Cox. dext. — Resektion. — Nach 11 Mon. geheilt.

18. 4 Jahre alter Knabe. — Seit längerer Zeit Cox. dext. — Resektion. — Nach 5 Monaten geheilt.

19. $1^1/_4$ Jahre alter Knabe. Seit 2 Mon. Cox. sin. — Resektion. — Nach 3 Mon. geheilt. —

20. 18 Jahre altes Mädchen. — Seit 4 Wochen Cox. sin. — Resektion. — Exitus letalis an Tuberkulose der Lungen.

21. 2 Jahre altes Mädchen. — Eiternde Fistel nach Resectio coxae vor $^1/_2$ Jahr. — Resektion eines weiteren Stückes des Femur. — Nach 2 Mon. Exitus letalis an Erschöpfung.

22. 49 Jahre alter Mann. — Seit 1 Jahr Cox. sin. — Resektion. — Nach 1 Mon. Exitus phthisicorum.

23. 4 Jahre altes Mädchen. — Seit 3 Wochen Cox. sin. — Resektion. — Nach 7 Mon. Exitus an allgemeiner Tuberkulose.

24. 6 Jahre alter Knabe. — Seit 14 Tagen Cox sin. — Resektion. — Nach 2 Tagen kollabiert. Exitus letalis.

25. 24 J. alter Mann. — Als Kind 5 Jahre wegen Cox. dext. bettlägerig gewesen. Damals Heilung. — Im 21. Lebensjahr Resektion mit gutem Erfolg. Drei Jahre später Aufbruch der Narben. — Auskratzung. — Gebessert a. W. entlassen.

26. 14 J. alter Knabe. — Mit 1 Jahr Cox. dext. — Resektion. — Nach 2 Mon. Exitus letalis an Erschöpfung.

27. 5 J. altes Mädchen. Seit 1 J. Cox. sin. — Resektion. — Nach 6 Mon. Exitus letalis an Erschöpfung.

28. 4 J. alter Knabe. — Seit 1 J. Cox. dext.

— Resektion. — Nach 3 Wochen Heilung mit beschränkter Beweglichkeit.

29. 11 J. altes Mädchen. — Seit 9 Mon. Cox. dext. — Resektion. — Nach 11 Mon. Heilung; es besteht Ankylose in geringer Flexion.

30. 44 J. alter Mann. — Seit mehreren Jahren Cox. dext. — Resektion. — Nach 10 Tagen Exitus letalis an Erschöpfung.

31. 6 Jahre altes Mädchen. — Seit 1 Jahr Cox. dext. — Resektion. — Nach 10 Mon. ungeheilt entlassen.

32. 18 J. alter junger Mann, dessen Mutter an Phthise gestorben ist. — Resektion. — Nach $2^1/_2$ Mon. Exitus letalis an Tuberkulose und Amyloidentartung der Unterleibsorgane.

33. 8 J. altes Mädchen. Seit $^3/_4$ J. Cox. sin. — Resektion. — Nach 2 Mon. hohes Fieber, an dem P. zu Grunde geht.

34. 5 J. alter Knabe, dessen Vater kehlkopfleidend ist. — Seit $^3/_4$ J. Cox. dext. — Resektion. — In 2 Mon. geheilt. — 4 Mon. später Tod an allgemeiner Tuberkulose.

35. 40 J. alter Mann, dessen Mutter früh gestorben ist. — Seit $^3/_4$ J. Cox. dext. — Resektion. — Am 2. Tage Tod durch Erschöpfung.

36. 5 J. alter Knabe. Seit $2^1/_2$ J. Cox. sin.; die Wunde von einem früheren Eingriff nicht geheilt. — Resektion. — Keine Heilung; P. stirbt $1^1/_2$ J. hiernach an Lungenentzündung.

37. 8 J. alter Knabe. — Seit 1 J. Cox. dext. — Resektion. — P. bleibt benommen; am 4. Tage Ex. let. an Tuberkulose.

38. 23 J. altes Mädchen, dessen Mutter an Phthise gestorben ist. — Seit 8 Wochen Cox. dext. — Resektion. — Am 7. Tage Tod an Erschöpfung.

39. 49 J. alter Mann. — Seit 4 J. Cox. sin. — Resektion. — Nach 13 Mon. Ex. let. an allgemeiner Tuberkulose.

40. 5 J. altes Mädchen, dessen Vater an Phthise gestorben ist. — Seit 2 J. Cox. sin. — Resektion. — Nach 5 Wochen Ex. let. an Basilarmeningitis.

41. 5 J. alter Knabe. — Cox. sin. — Resektion. — In der 7. Woche Ex. let. wegen heftiger Dyspnoe.

42. 12 J. altes Mädchen. — Seit 2 J. Cox. sin. — Resektion. — 5 Stunden hernach Atemnot und Tod.

43. 7 J. altes Mädchen. — Seit 8 Mon. Cox. dext. — Resektion. — Nach 2 Mon. Heilung in nicht ganz fester Ankylose.

44. 5 J. altes Mädchen. — Seit 2 J. Cox. sin. — Resektion. — Nach 3 Mon. Heilung in Ankylose.

45. 18 J. alter junger Mann. — Seit der Kindheit Cox. dext.; mit vorübergehendem Erfolg behandelt. — Resektion. — Keine Heilung; Nach 6 Wochen Ex. let. an Erschöpfung.

46. 6 J. alter Knabe. — Cox. sin. mit Fisteln. — Resektion. — An demselben Tage Tod im Kollaps.

47. 22 J. altes Mädchen, dessen Vater an Phthise gestorben ist. — Seit 4 Wochen Cox. dext. — Resektion. — Nach $4^1/_2$ Mon. geheilt in beschränkter Beweglichkeit.

48. $2^1/_2$ J. altes Mädchen, in dessen Familie Phthise herrscht. — Cox. dext. nach Meningitis simplex. — Resektion. — Nach 6 Wochen geheilt.

49. 22 J. alter junger Mann. — Cox. dext. — Resektion. — Heilung. — 5 J. hernach besteht eine Fistel, die Eiter entleert. — Jodoformtamponade und Mooskissenverband erzielen Heilung. —

50. 20 J. altes Mädchen. — Seit 3 Wochen Cox. dext. — Resektion. — 2 Mon. hernach geheilt; leidliche Beweglichkeit.

51. 6 J. altes Mädchen. — Seit $1^1/_2$ J. Cox. dext. — Resektion. — Nach 3 Mon. gut gehend entlassen.

52. 5 J. alter Knabe. — Seit $^1/_2$ J. Cox. dext. — Resektion. — Nach 2 J. mit einer Fistel a. W. entlassen.

53. 13 J. alter Knabe. — Seit 5 Tagen Cox. dext. — Resektion. — Nach 6 Mon. geheilt in Ankylose.

54. 15 J. alter Knabe. — Seit 3 Wochen Cox. sin. — Resektion. — Nach 7 Mon. geheilt.

55. 6 Jahre altes Mädchen. — Seit 8 Mon. Cox. sin. — Resektion. — Nach 19 Mon. mit einer Fistel gebessert a. W. entlassen.

56. 9 Jahre alter Knabe. — Seit 3 J. Cox. dext., es besteht eine Fistel und Ankylose. — Resektion. — 4 Mon. hernach geheilt.

57. 13 Jahre alter Knabe. — Seit 1 J. Cox. dext. — Resektion. — Nach 7 Mon. mit einer Fistel gebessert entlassen; Ankylose.

58. 8 Jahre altes Mädchen. — Seit $1^1/_2$ J. Cox. dext. — Resektion. — Nach 2 J. gebessert entlassen. — 2 secernierende Fisteln bestehen, ausserdem Ankylose in Flexion.

59. 7 Jahre altes Mädchen. — Cox. sin. mehrere eiternde Fisteln. — Resektion. — Nach 7 Mon. gebessert; Ankylose.

60. 42 Jahre alter Mann. — Cox. sin. — Resektion. — Nach 5 Mon. mit 2 Fisteln entlassen.

61. 18 Jahre alter Jüngling, dessen Mutter an Phthise gestorben ist. — Seit 8 Mon. Cox. sin. — Resektion. — Nach 3 Mon. Ex. let. an Lungentuberkulose.

62. 5 Jahre alter Knabe. — Seit 7 Wochen Cox. sin. — Resektion. — Nach 2 Mon. Heilung. Nach 4 Mon. Tod an allgemeiner Tuberkulose.

63. 20 Jahre alter Mann. — Seit 2 Jahren Cox. dext. — Resektion. — In 8 Wochen Heilung in fester Ankylose in guter Stellung.

Hieran mögen sich nun gleich diejenigen Fälle anschliessen, bei denen die Tuberkulinbehandlung zur Anwendung gekommen ist.

1. 35 Jahre alter Mann. — Seit 17 Wochen Cox. sin. — Tuberkulin kombiniert mit Extension ohne Erfolg. — Ungeheilt a. W. entlassen.

2. 21 Jahre altes Mädchen. — Seit 1 J. Cox. dext. — Tuberkulin kombiniert mit Extension ohne Erfolg. — Nach 5 Mon. ungebessert entlassen.

3. 18 Jahre altes Mädchen. — Seit einiger Zeit Cox. dext. — Tuberkulin kombiniert mit Extension erzielt in 50 Tagen Heilung.

4. 24 Jahre altes junges Mädchen. — Cox. dext. — Nachdem 6 Mon. ohne Erfolg extendiert war, wird auf Tuberkulinbehandlung komb. mit Extension in 6 Mon. Heilung erzielt.

5. 24 Jahre altes Mädchen. — Seit 10 J. Cox. dext. – Vor 6 J. Tenotomie des gracilis und pectineus, Extension. — Jetzt Cox. duplex. — Tuberkulin komb. mit Extension. — Nach 9 Mon. gebessert a. W. entlassen.

6. 8 Jahre altes Mädchen. — Seit einiger Zeit Cox. dext. — Extension ohne Erfolg. — Auf Tuberkulinbehandlung in 4 Mon. geheilt.

7. 24 Jahre alter Mann. — Schon vor 10 J. Cox. sin., damals geheilt. Jetzt seit einem J. dasselbe Leiden. — Tuberkulin mit Extension komb. ohne Erfolg. Ungeheilt a. W. entlassen.

Ausser diesen Fällen sind noch verschiedene vorhanden, bei denen man es versuchte, nach der Resektion bestehende Fisteln durch Tuberkulinbehandlung zum Schliessen zu bringen; der Versuch war mit wenigen Ausnahmen erfolglos.

Nachdem ich nun die mir zu Gebote stehenden Fälle kurz angegeben habe, treten wir jetzt in eine Besprechung der verschiedenen Behandlungsmethoden, die bei den Pat. zur Geltung kommen, ein, und zwar wollen wir uns zuerst den konservativ Behandelten zuwenden. Von den 143 angeführten Kranken wurden 72 konservativ behandelt; für alle diese waren die Bedingungen die denkbar gleichartigsten. — Es kann dies nicht genug betont werden, denn nur dann kann ein durch eine solche Zusammenstellung gewonnenes Urteil, das zu entscheiden sucht, welche Behandlungsmethode bei der tuberkulösen Coxitis die am meisten zu empfehlende ist, ein richtiges sein. Billroth betonte dies zuerst, Albrecht, Caumont, Kappeler, Rosmanit sind es, die bisher bei ihren Zusammenstellungen diesen Grundsatz als oberstes Princip festgehalten haben.

Auch die hier aufgeführten Fälle können, wie gesagt, so weit das möglich, als gleichwertig ange-

sehen werden. Die Pat. entstammen alle der Arbeiterklasse einer und derselben Grossstadt. Der Ernährungszustand war daher bei fast allen kein guter. —

Von den 72 konservativ behandelten Pat. waren 41 männlichen Geschlechts, 31 gehörten dem weiblichen an. — Wenn nun in diesen Fällen, wie auch bei den Resecierten, eine grössere Anzahl das männliche Geschlecht betrifft, so können wir uns doch nicht der Ansicht anschliessen, welche einige Autoren vertreten, dass das männliche für diese Erkrankung mehr disponiert sei. Es giebt wohl keinen Grund, warum das sein sollte; dem gegenüber hat auch schon Bähr betont, dass die Krankheit doch meist im Kindesalter beginnt und die Kinder beider Geschlechter doch wohl gleich häufig fielen oder sich stiessen, und wir können dieser Ansicht nur vollständig beistimmen.

Der Beginn der Erkrankung war sonst stets mit ziemlicher Genauigkeit zu ermitteln, den Beginn natürlich von dem ersten Auftreten von Symptomen einer Gelenkentzündung gerechnet. — Der Beginn der meisten Erkrankungen fiel in das 1.—10. Lebensjahr, 37 = 51,38 Proz.; das 10.—20. Lebensjahr weist 19 Erkrankungen auf = 23,39 Proz.; das 20.—40. 12=16,67 Proz., das 40. und darüber 4 = 5,56 Proz.

Hieraus dürfte wohl ersichtlich sein, dass die bei weitem grösste Anzahl der Erkrankungen auf das 1.—10. Lebensjahr fällt; kurz gesagt, nimmt der Prozentsatz mit zunehmendem Alter ab.

Unsere 72 Patienten boten nun beim Eintritt in das Krankenhaus nicht ganz gleiche Symptome dar, nein vielmehr sehr verschiedene. Es ist selbstverständlich, dass die einen früher, die anderen später sich einer ärztlichen Behandlung unterziehen.

Und wenn wir in unserer Besprechung der Einteilung Hueters folgen, so konnten auch wir an unseren Kranken die von letzterem unterschiedenen Stadien beobachten. Hueter unterscheidet nämlich ein erstes Initialstadium, zweites Initialstadium, erstes Florescenzstadium, zweites Florescenzstadium, und Endstadium der Coxitis.

Die Symptome des ersten Stadiums sind freiwilliges Hinken und leichte Fixation im Gelenk.

Das zweite Stadium bietet nun schon weit vorgerücktere Symptome: in keinem Falle fehlen Schmerzen neben den meist leichten Funktionsstörungen; häufig wird lokalisierter Druckschmerz angegeben. Von Wichtigkeit ist auch das in manchen Fällen hinzutretende Fieber, für das man ausser dem Gelenkleiden keine sichere Ursache nachweisen kann — im dritten Stadium stellen sich Abduktion des Beines, verbunden mit Beckenverschiebung und scheinbarer Verlängerung, ferner leichte Flexion und Rotation nach aussen ein. Die in dem ersten Stadium bemerkbare Veränderung der Gangart besteht fort und tritt noch stärker hervor. Die Beweglichkeit ist mehrfach in erheblicher Weise reduciert, die Schmerzen nehmen zu. —

Im vierten Stadium finden wir die Oberschenkelstellung in Flexion, Abduktion und Rotation nach innen übergegangen. Die Schmerzen werden intensiver, das Gehen unmöglich, das Bein erscheint in Folge seiner Stellung verkürzt.

Zum fünften Stadium, dem Endstadium der Coxitis sind solche Fälle zu rechnen, bei welchen destruktive Vorgänge im Gelenk nachweisbar sind, sei es nun durch entzündliche Ausweitung der Pfanne, Luxation, Knochencrepitation, oder durch das Vorhandensein von Abscessen im Gelenk und Fisteln, die mit demselben kommunicieren. —

Wir befinden uns hier auf dem Terrain, wo das exspektative Verfahren mit seinen verschiedenen Hülfsmitteln und die Resektion mit einander konkurrieren.

Kommen wir nun auf unsere Fälle zurück, so wurden diejenigen Patienten, welche sich in einem der 4 ersten Stadien befanden, einer konservativen Behandlung unterzogen; es wurden bei allen dieselben therapeutischen Agentien angewandt, fast ausschliesslich, wie ich schon oben betonte, Extension.

Das Resultat, das bei dieser Behandlungsmethode erzielt wurde, kann man ein durchaus günstiges nennen. Von den 72 Patienten konnten 56 = 76,39 Proz. geheilt

entlassen werden: 13 verliessen das Krankenhaus auf persönlichen Wunsch. Man kann die letztgenannten nicht zu den geheilten, aber auch nicht zu den Ungeheilten rechnen: ihr Zustand konnte beim Verlassen der Anstalt als gebessert bezeichnet werden, und sie verliessen eben das Krankenhaus, da sie sich einer weiteren Behandlung nicht unterziehen wollten.

Gestorben sind während der Behandlung 4 Patienten = 5,56 %. Es erlagen 2 Knaben unter 10 Jahren, der eine der allgemeinen Tuberkulose, der andere der tuberkulösen Meningitis; ein Mann von 38 Jahren starb an Typhus, und ein Patient über 40 Jahren fiel allgemeiner Tuberkulose zum Opfer.

Bei den als geheilt Entlassenen ist nun natürlich der Gang, mit wenigen Ausnahmen, mehr oder weniger hinkend, das Bein in verschieden hohem Grade atrophisch und fast immer verkürzt, das Hüftgelenk teilweise oder ganz steif in dieser oder jener Kontrakturstellung. Mit ziemlich seltenen Ausnahmen besteht eine typische Kontrakturstellung in geringerem oder höherem Grade; fast immer in Flexion, dabei gewöhnlich in Adduktions- seltener in Abduktionsstellung. Die Kontrakturstellung wird natürlich durch Beckenverschiebung möglichst kompensiert. Allein es kann auch vorkommen, dass die Flexion einen rechten Winkel, die Adduktion $^1/_2$ rechten erreicht, so dass die scheinbare Verkürzung recht bedeutend und das Gehen sehr mühsam ist. Gerade diese Winkelstellung ist das schlimmste Gehhindernis, was mit Rücksicht auf die Behandlung nicht genug betont werden kann.

Unterziehen wir unser Resultat einer näheren Betrachtung, so kann man nicht anders, als es ein gutes nennen. Leider ist es aber, wie ich schon oben betonte, nicht möglich, in einer Grossstadt, wie Berlin, bei einer Bevölkerung, die ihren Wohnsitz sehr oft wechselt, die behandelten Patienten einer längeren Beobachtung zu unterziehen. Und wenn es auch gelingen sollte diesen oder jenen aufzufinden, so hätte eine Minderzahl von neuem Untersuchter doch für das Gesamtresultat keinen Wert.

Wenn auch unsere 56 Geheilten in einem Zustande entlassen wurden, der ihnen ein gutes, zwar hinkendes, Gehen ermöglichte und für die Zukunft volle Arbeitsfähigkeit versprach, so kann ich mich doch nicht des Gedankens erwehren, ob nicht bei einer grossen Anzahl dieser Fälle dem tuberkulösen Process nur für eine unbestimmte Zeit Einhalt gethan ist, um dann wieder mit denselben, vielleicht noch schlimmeren Erscheinungen von neuem zu beginnen.

Ich glaube, noch hinzufügen zu müssen, dass ja auch die hernach zu besprechenden resecierten Patienten alle zu Anfang einer konservativen Behandlung unterzogen sind; zur operativen Behandlung wurde erst geschritten, wenn sich erstere als erfolglos erwies. Wir hätten daher die 63 Resecierten auch als Misserfolge der konservativen Behandlung anführen können und wären ja dann die Prozentsätze der Geheilten und Nichtgeheilten ziemlich gleiche gewesen.

P. Bruns behauptet in seiner Arbeit, „Ausgänge der tuberkulösen Coxitis bei konservativer Behandlung", dass die Heilung nach einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 4 Jahren erfolgt. Er bricht für die konservative Behandlung eine Lanze, indem er sagt, dass die Resektion erst dann in ihr Recht tritt, wenn eine konsequente Konservativbehandlung nicht zum Ziele führt.

Bevor ich auf den weiteren Vergleich der Behandlungsmethoden eingehe, wollen wir unsern Blick auf die zur Resektion gelangten Fälle werfen.

Auch für die 63 Resecierten waren die Bedingungen die denkbar gleichartigsten. Die Pat. entstammen alle der Arbeiterklasse einer und derselben Grossstadt; der Ernährungszustand war kein guter. Zur Operation wurde nur geschritten, wenn sich andere Behandlungsmethoden nach mehrmonatlicher Anwendung, vor allem der Streckverband, als nutzlos erwiesen, oder sobald sich infolge eingetretener Eiterung ein den Körper immer mehr schwächendes Fieber einstellte, dessen Ursache im Gelenk liegen musste. Operiert wurde stets von denselben Chirurgen, von

Herrn Geheimrat v. Bardeleben und seinen Assistenten, und selbst der Resektionsschnitt war mit einigen geringen Modifikationen fast stets der v. Langenbecksche Längsschnitt. Auch die Wund- und Nachbehandlung war stets dieselbe. Die Wunde wurde, nachdem alles, was nicht gesund, sondern von dem tuberkulösen Process ergriffen erschien, auf jede Weise entfernt war, stets, da in der Zeit Antiseptik in der Klinik geübt wurde, mit einer 3% Karbollösung ausgespült, dann in die Wunde häufig noch eine Jodoformglycerinlösung injiciert, dann mit Jodoformgaze tamponiert, zuweilen drainiert, ein Verband mit Moospappe angelegt und mittelst Volkmannscher Schiene extendiert.

Von den 63 Resecierten waren 37 männlichen Geschlechts, 26 gehörten dem weiblichen an. Wenn nun auch hier die Anzahl der männlichen Pat. eine grössere ist, so darf man doch wohl nicht annehmen, dass das Geschlecht einen Einfluss auf die Erkrankung hat.

Der Beginn der meisten Erkrankungen fiel in das 1.—10. Lebensjahr, nämlich 63,19 Proz. Das 11.—20. Lebensjahr weist 15 Erkrankungen auf = 23,81 Proz. Das 20.—40. zeigt nur noch 5 Erkrankungen = 7,94 Proz. Das 40. Lebensjahr und darüber weist nur 3 Erkrankungen auf = 4,76 Proz. Diese Resultate harmonieren vollständig mit denen, die früher von anderen gewonnen sind, wie z. B. von Baehr, der ebenfalls dazu kommt, dass das 1.—10. Lebensjahr die grösste Disposition für die Erkrankung zeigt. Von Interesse könnte auch die Dauer der Krankheit bis zur Resektion und die während dieser Zeit versuchten Behandlungsmethoden sein. Die Dauer war sehr verschieden. In einigen Fällen musste die Resektion schon nach 14 Tagen oder 3 Wochen nach der Aufnahme, jedoch erst mehrere Monate nach Beginn der Erkrankung gemacht werden, in anderen wurde zur Operation geschritten, nachdem die Pat. schon vor 1, 2, 3, ja auch 4 Jahren zu hinken angefangen hatten. Auch haben wir wenige Fälle, bei denen schon vor Jahren reseciert war; sie waren da-

mals geheilt entlassen, hatten dann jedoch wieder und wieder Fisteln bekommen, so dass sich eine erneute Resektion (eine Reresektion) schliesslich als nötig erwies. — Die Behandlung während der Zeit vor der Resektion bestand in den weitaus meisten Fällen, wenigstens zeitweise, in Anlegung eines Streckverbandes mittelst der Volkmannschen Schiene. In vielen Fällen waren auch Gips- und Wasserglasverbände versucht worden. Im übrigen waren häufig Eis- und hydropatische Umschläge in Anwendung gekommen und in einzelnen Fällen schon vorher Abscesseröffnungen gemacht.

Von den verschiedenen Arten der Resektion kamen zwei in Anwendung: Der v. Langenbecksche Längsschnitt in den meisten Fällen und der Lücke-Schedesche Längsschnitt in 3 oder 4 Fällen, letzterer in den Fällen, in denen ein an der Vorderfläche des Gelenks sitzender Abscess diese Schnittführung erheischte, welche dann auch zur Resektion benützt wurde. In diesen Fällen wurde aber doch eine Gegenöffnung hinter dem Trochanter hinzugefügt, teils des besseren Sekretabflusses wegen, teils um die hinteren Abschnitte des erkrankten Gelenks besser übersehen zu können. Geringe Abweichungen waren auch sonst zuweilen zur zweckmässigen Spaltung von Abscessen oder Fistelgängen oder des luxierten Gelenkkopfes wegen nötig. — Entfernt wurde zunächst natürlich die degenerierte Kapsel, ferner alle fungösen Granulationen und vom Knochen alles, was irgend wie vom Process ergriffen war. Es war das entweder das Caput allein, oder das letztere mit einem Teil des Collum, oder Caput und Collum oder das Caput und ein Teil des Trochanter oder Caput, Collum und Trochanter. In einigen Fällen musste sogar ein Stück des Femur entfernt werden. In einigen wenigen Fällen war eine teilweise Entfernung der Pfanne und in wohl der Hälfte der Fälle eine Pfannenauskratzung nötig. Einige Mal musste sogar die Markhöhle des Femur vollständig ausgekratzt werden. Als von pathologisch-anatomischem Interesse sei ausserdem noch folgendes

bemerkt: In etwa 10 Fällen war nur die Knorpelfläche des Femur angegriffen oder zerstört, das Caput selbst vollständig oder doch grösstenteils erweicht in 12 Fällen. Einige Mal war das Caput in der Epiphysenlinie vollständig von dem peripherischen Ende des Femur gelöst, auch fand sich eine Luxation des Kopfes.

Werfen wir nun einen Blick auf das Resultat, welches bei diesen Operationen erzielt wurde, so finden wir es als ein ziemlich günstiges. Von den 63 Resecierten konnten aus der Klinik als geheilt entlassen werden 37, also 58,73 Proz. Zum Tode führten 20 Fälle, 31,75 Proz. Gebessert entlassen wurden 6 Patienten, 9,52 Proz.

Stellen wir dies Resultat den Zusammenstellungen, die Spaehr, Kappeler, Caumont, Rosmanit, Albrecht gemacht haben, gegenüber, so ist das unserige ein besonders günstiges. Jene Zusammenstellungen ergeben folgendes:

Baehr giebt eine Mortalität von 43 Proz.
Kappeler „ „ „ „ 58,3 „
Caumont „ „ „ „ 61,3 „
Rosmanit „ „ „ „ 63 „
Albrecht „ „ „ „ 77 „
an.

Dem gegenüber ist unser Resultat ein auffallend günstiges. Ich muss jedoch wieder den Umstand hervorheben, dass jene Autoren ihre Patienten längere Zeit nach der Operation wieder aufsuchen konnten und es sich so jedenfalls ergab, dass dieser oder jener als geheilt betrachtete Patient nach einem kleineren oder grösseren Zeitraum doch dem Leiden erlegen war. Todesursachen waren bei unseren Fällen:

Die fortschreitende Caries mit gleichzeitigem immer zunehmendem Kräfteverfall,

Dieselbe mit Tuberculosis pulmonum. Dieselbe mit tuberkulöser Meningitis. Dieselbe mit tuberkulöser Organerkrankung und amyloider Degeneration der Unterleibsorgane,

Dieselbe mit allgemeiner Miliartuberkulose,

Dieselbe mit nicht tuberkulösen Erkrankungen, Bronchopneumonie u. s. w.

Die meisten Opfer hat jedenfalls die Tuberkulose einzelner Organe gefordert; es ist wohl auch ein grosser Teil der Fälle, bei denen Kräfteverfall und sonst keine Ursachen angegeben worden sind, mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Tuberkulose zurückzuführen. Ausserdem kamen in einigen Fällen nicht tuberkulöse, interkurrente Krankheiten vor, die dem Leben ein Ende machten. Nicht ein einziges Mal waren accidentelle Wundkrankheiten, oder gar Sepsis oder Pyaemie als Todesursache zu verzeichnen. Durch den chirurgischen Eingriff beschleunigt ist der Tod vielleicht in 3—4 Fällen worden. Diese starben einige Stunden oder Tage nach der Operation. In allen diesen Fällen war jedoch Lungen- resp. Hirnhauttuberkulose die eigentliche Ursache. Trotzdem sind natürlich diese Fälle sowohl, wie auch alle anderen bei einer Mortalitätsberechnung nach Hüftgelenksresektionen in Anrechnung zu bringen. Es erfolgte eben der Tod, obwohl die Resektion gemacht wurde. Dabei bleibt es auch gleichgiltig, wie schon Baehr in der oben citierten Arbeit sehr richtig betont, ob vielleicht der lokale Process zum Stillstand gebracht oder erst gerade durch den operativen Eingriff zur weiteren Verbreitung und Herübergehen auf andere Organe veranlasst worden ist, — jedenfalls ist die Resektion nicht im Stande gewesen, den Kranken zu retten. Die konservierend — exspektative Behandlung würde das allerdings wahrscheinlich auch nicht vermocht haben. Die Mortalität ist je nach der Stärke der Erkrankung eine grössere oder eine geringere, die Aussicht einen günstigen Verlauf herbeizuführen von der Ausdehnung des kariösen Processes abhängig. Will man die Wahrscheinlichkeit eines günstigen oder ungünstigen Verlaufes vorhersagen, so hat man daher natürlich den bei der Operation gefundenen pathologisch-anatomischen Befund des Gelenkes als Maassstab zu nehmen. Ja mit Sicherheit lässt sich nur aus diesem ein Schluss ziehen. Denn, würde man vor der Operation etwa

nach dem Hueterschen oder Wernherschen oder irgend einem anderen für die einzelnen Stadien der Coxitis aufgestellten Schema eine Prognose stellen wollen, so würde man zu häufig irren. Nur an der Hand des pathologisch - anatomischen Gelenkbefundes kann man einigermassen sicher den weiteren Verlauf des Leidens vorherzusagen versuchen. Nach welcher Richtung jedoch die Ausdehnung des tuberkulösen Processes am gefährlichsten sei, das ist die Frage. v. Bardeleben sagt in seinem Lehrbuch der Chirurgie, 8. Ausg. IV. S. 753:

Schreitet die Caries gegen die Beckenhöhle hin im Bereiche der Pfanne vorzugsweise fort (wo dann Durchbruch ins Becken bevorsteht), so ist die Gefahr viel grösser, als wenn durch Zerstörung des Pfannenrandes die Verrenkung eingeleitet wird."

Die Ansicht dürfte als die richtigste festzuhalten sein. Auch Baehr hat dieselbe in seiner bereits mehrfach angeführten Arbeit als die richtige zu beweisen gesucht. Auch wir können uns bezüglich der Mortalität ganz dem Satze anschliessen, dass dieselbe um so grösser ist, je stärker die Erkrankung auf das Becken übergegriffen hat.

Noch eine Frage wäre bei der Besprechung zu berühren, das ist die, ob nach der Pubertät die Prognose eine ungünstigere wird. Es ist das vielfach behauptet worden; ein stichhaltiger Grund dafür ist eigentlich nicht recht einzusehen. Aus unseren Fällen ist dergleichen auch nicht zu entnehmen. Auch nach der Pubertät scheint uns die Prognose für die Resektion keine ungünstigere zu sein, wenn tuberkulöse Organerkrankungen nicht nachzuweisen sind, und wenn die Beckenerkrankung nicht allzu bedeutend ist.

Wenden wir uns nun zu der Frage: Wie steht es mit der Beweglichkeit im Hüftgelenk nach der Resektion? darüber ist schon häufig diskutiert worden. Volkmann will fast immer Beweglichkeit erzielt haben und glaubt dies seiner vorzugsweise subtrochanteren Resektion verdanken zu müssen.

Ueberhaupt hält er Ankylosen anzustreben nicht für wünschenswert, da dieselben Schwierigkeiten beim Sitzen, ja selbst bei der Defäkation mit sich brächten. Auch König teilt diese Ansicht und sieht die Ankylose als ein nichtgünstiges Resultat an. Dass ein frei bewegliches Gelenk als das Ideal des Erfolges zu betrachten sei, wusste auch v. Langenbeck, doch glaubt er ein solches im Gegensatze zu v. Volkmann schon durch die einfache Dekapitation erreichen zu können, da bei subperiostaler Resektion von dem eminent dicken Periost des Collum femoris aus möglicherweise die Bildung eines neuen Kopfes erfolgen könne. Diese Möglichkeit einer Gelenkneubildung ist verschiedentlich von Bajardi, Küster und Israel selbst nach der Resectio subtrochanterica unzweifelhaft durch Sektionen nachgewiesen. Das sind aber recht seltene Fälle, die Nearthrose in dieser vollendeten Form darf man wohl kaum erwarten. Wir können aber auch vollständig zufrieden sein, wenn wir nur ein Gelenk mit freier aktiver und passiver Beweglichkeit erhalten, gleichgültig, ob sich ein neuer Kopf gebildet hat oder nicht.

Es lässt sich das ja ohnehin am Lebenden kaum mit voller Sicherheit diagnosticieren. Dass aber ferner eine Ankylose, wenn sie nur in richtiger Stellung zu Stande kommt, durchaus nicht so grosse Schwierigkeiten macht, wie v. Volkmann und König annehmen, haben wir zu konstatieren Gelegenheit gehabt.

Eine Mittelding zwischen Ankylose und leichter Beweglichkeit ist die beschränkte Beweglichkeit, die wir ebenso wie die Ankylose in vielen Fällen als günstiges Endresultat erzielten.

Stellen wir nun die durch die angeführten Behandlungsmethoden gewonnenen Resultate gegenüber, so differieren dieselben ganz bedeutend: besonders ins Auge fällt der grosse Unterschied zwischen den Prozentsätzen der Gestorbenen. Die konservative Behandlung bietet 5,56 Proz., die operative 31,75 Proz. Gestorbener. Dieser Unterschied mag auf den

ersten Blick etwas sehr gross erscheinen: überlegt man sich jedoch, wie bei weitem schwerere Symptome die zur Resektion gelangten Patienten darbieten, als die konservativ Behandelten, so ist es eigentlich sehr schwer, hier einen Vergleich anzustellen. — Zudem sind von den Resecierten eine grosse Anzahl an Tuberkulose gestorben: und es ist wohl unschwer einzusehen, dass es sehr zweifelhaft ist, ob deren nach der Operation mehr sind, als ohne dieselbe. — Jedenfalls kann ich mich nach den gewonnenen Resultaten gegen keine von beiden Behandlungsmethoden aussprechen: es werden wohl nach wie vor beide nebeneinander weiter bestehen müssen. Die Resektion des Hüftgelenks bei tuberkulöser Coxitis darf nicht gemacht werden zu einer Zeit, in welcher noch gegründete Hoffnung für Genesung und für relativ günstige funktionelle Ausheilung vorhanden ist. Es müssen entweder andere Behandlungsmethoden sich als erfolglos zeigen, oder lokale, auf anderem Wege nicht zu beseitigende Hindernisse der Heilung nachgewiesen sein, oder dem Allgemeinbefinden des Kranken müssen durch die Coxitis solche Gefahren drohen, dass der Tod als wahrscheinliche Folge derselben anzusehen ist.

Leider wird es in den meisten Fällen sehr schwer sein, die zweitgedachte Indikation, ostale Processe im Schenkelhals und Gelenkkopf, schon früh zu begründen. Ein sehr grosser Vorteil würde es ja unzweifelhaft sein, wenn man solche Processe, welche derart sind, dass an eine spontane Ausheilung nicht gedacht werden kann, schon früh, während der Kranke noch bei gutem Kräftezustand ist, durch die Resektion beseitigte.

Die zweite Resektionsindikation würde sich in erster Linie auf das Eintreten von Eiterung stützen, welche das Leben der Coxitischen zu bedrohen scheinen. Den Abscess an sich kann man wohl nicht als Indikation zur Resektion betrachten. — Die grossen Abscesse am Hüftgelenk aber und nicht minder die kleinen mehrfach recidivierenden, zumal

bei älteren Individuen indicieren in den meisten Fällen die Resektion. Denn nur mit ihr wird es gelingen, die Quelle der Abscessbildung zu stopfen. Besonders in dem Falle, wenn die Eiterung mehr oder weniger faulig ist, und sich so ein bestehendes Fieber erklärt, ist man gezwungen, die Frage der Resektion nicht lange zu verschieben. Volkmann hat ferner darauf hingewiesen, dass es eine Anzahl von Coxitiden giebt, welche bis zu einer gewissen Zeit als Caries sicca des Gelenks verlaufen, und bei denen urplötzlich eine mehr oder weniger septische Eiterung das Granulationsgewebe befällt. Auch in diesen Fällen ist wohl die Indikation zur Resektion gegeben. Fälle, bei denen durch die Resektion die Fieberquelle nicht abgeschnitten wird, sind wohl fast immer zu den metastatisch tuberkulösen Coxitiden zu rechnen. In diesen Fällen, falls man also zu der Erklärung des Fiebers in der Peripheria des Hüftgelenks nichts genügendes findet, darf man es wohl nie versäumen, das Becken genau zu untersuchen. König sagt hierzu: „Gerade die schweren Formen von Coxitis, die, sobald äussere Fisteln auftreten, fast regelmässig zum Tode führen, sind sehr oft kompliciert mit Pfannenerkrankung und Beckenabscess. In solchen Fällen nicht operieren heisst, das einzige Mittel verschmähen, um dem Eiter den Weg nach aussen zu zeigen. Der Weg geht durch den Pfannenboden, nach dessen Blosslegung das Loch im Becken in hinreichender Weise erweitert werden muss.“

Besteht neben der Eiterung und dem Fieber noch eine Spontanluxation des Kopfes, so ist hier die Indikation zur Resektion eine noch dringendere, als in den oben erwähnten Fällen. Man muss bedenken, dass hier der an abnormer Stelle sich befindliche Kopf die Heilung hindert. Der Kopf steht in diesem Falle dem Messer sehr viel näher, und ist daher der operative Eingriff ein bei weitem geringerer.

Unter diesen angeführten Indikationen wurde auch bei den oben aufgeführten Patienten zur Operation geschritten, das heisst noch einmal kurz gesagt:

Sobald sich andere Behandlungsmethoden als nutzlos erwiesen oder sich ein den Körper immer mehr schwächendes Eiterfieber einstellte, dessen Ursache im Gelenk liegen musste.

Eine grosse Anzahl unserer Fälle kann zu den frühzeitig Resecierten gerechnet werden, und dass der Erfolg kein ungünstiger war, ist oben bereits erörtert worden.

Es sei mir gestattet, hier die Ansicht des Herrn Geheimrats v. Bardeleben anzuführen. Er sagt in seinem Lehrbuch für Chirurgie: Die Resultate der Hüftgelenksresektion werden noch bei weitem besser sein, sobald man sich entschliesst, am Hüftgelenk ebenso frühzeitig, wie an anderen Gelenken, die Resektion auszuführen, namentlich also, sobald erhebliche Steigerung des Fiebers sich einstellt und Senkungsabscesse sich bilden."

Dieselbe Ansicht finden wir noch bei verschiedenen anderen Autoren: Lossen beantwortet in seinem Lehrbuch für Chirurgie die Frage, wann sollen wir resecieren? folgendermassen: „Wir halten die Resektion für indiciert, sobald eine ausgedehnte Vereiterung des Gelenkes nachzuweisen ist, oder wenn der Verlauf lehrt, dass der Ausgang in Eiterung nicht mehr verhütet werden kann." Weiter sagt er: „Jeder grosse Hüftgelenksabscess muss möglichst früh eröffnet werden, und zwar frei, bis in seinen tiefsten Tiefen; er muss so geöffnet werden, dass selbst aus der Kapsel der Eiter frei abfliessen kann. Bei dieser Eröffnung sind aber auch die schwer erkrankten Knochenpartieen zu entfernen, damit auch das letzte Hindernis für die spätere Heilung weggeräumt ist; mit einem Worte: Jeder grosse Hüftgelenksabscess muss geöffnet werden durch die Resektion des Gelenks."

Dieser Ueberzeugung von dem Nutzen der Resektion und der grösseren Wahrscheinlichkeit eines günstigen Erfolges bei relativ frühzeitiger Ausführung möchte ich mich, nach den Erfahrungen, die ich an den beschriebenen Fällen gesammelt habe, anschliessen.

Um dem Verdachte zu entgehen, ich dächte, wenn ich von Frühresektion rede, an Primärresektion, sage ich noch einmal, dass ich unter Frühresektion verstehe, sofort zur Resektion schreiten, wenn sich mehrmonatliche andere Behandlungsmethoden als erfolglos erwiesen haben, oder sich vom Gelenk ausgehende Abscesse nachweisen lassen.

Noch sei es mir gestattet, einige Gegner der frühzeitigen Resektion anzuführen:

Tillmanns erklärt sich in seinem Lehrbuch mehr für die konservative Behandlung und zwar empfiehlt er, dieselbe möglichst lange fortzusetzen. Ihm scheint es sogar fraglich, ob man, nachdem lange fortgesetzte konservative Behandlung keinen Erfolg gehabt hat, nun zum operativen Eingriff schreiten soll. Er sagt: „Am Hüftgelenk gilt der Grundsatz, die typische Resektion möglichst zu beschränken, sie nicht frühzeitig auszuführen, weil unheilbares Hinken nach ausgedehnter Resektion die Folge ist.“ Die Resektion hält er für indiciert erst dann, wenn hochgradige Eiterungen und Jauchungen das Leben des Patienten zu gefährden drohen.

Auch in dem Lehrbuch von de Ruyter und Kirchhoff finden wir die Ansicht ausgesprochen, dass die Hüftgelenksresektionen möglichst zu beschränken und erst dann vorzunehmen sind, wenn der tuberkulöse Process so ausgedehnt ist, dass jedes schonende Verfahren von Uebel wäre.

Bruns behauptet in einer Abhandlung über tuberkulöse Coxitis, dass die Resektion erst dann in ihr Recht tritt, wenn eine lang fortgesetzte Konservativbehandlung nicht zum Ziele führt.

Es würde nun noch übrig bleiben, auf die bei der tuberkulösen Coxitis zur Geltung gekommene Tuberkulinbehandlung etwas näher einzugehen.

Uber die nach den Injektionen gemachten Beobachtungen allgemeiner und lokaler Veränderungen haben die ersten Veröffentlichungen von Koch selbst und die von Fräntzel und R. Köhler eigentlich alles Wesentliche gebracht. Auch sind diese in den zahl-

losen seitdem mitgeteilten Beobachtungen (sowohl aus Deutschland, wie auch aus Oesterreich, Frankreich und England) fast ausnahmslos bestätigt gefunden. — Auch in unseren Fällen traten dieselben lokalen und allgemeinen Reaktionen ein, welche Koch schon beschrieb und welche seitdem so oft aufgezählt und so allgemein bekannt geworden sind, dass wir hier wohl darauf verzichten können, sie noch einmal zu wiederholen.

Die 7 oben aufgeführten Fälle wurden nun in der Weise behandelt, dass die Tuberkulininjektionen mit Extension kombiniert wurden. Bei 4 Pat. blieb jeder Erfolg aus; sie mussten ungeheilt das Krankenhaus verlassen. Bei den 3 anderen wurde Heilung erzielt. Ob man nun aber diesen Erfolg der Tuberkulinbehandlung zuschreiben darf, zu entscheiden, ist selbstverständlich sehr schwer, vielleicht sogar unmöglich; denn es ist zu berücksichtigen, dass dem Tuberkulin die Extension zur Seite stand. Und ich glaube, annehmen zu können, dass der Erfolg der letzteren Behandlungsmethode zuzuschreiben ist.

Ausser diesen 7 Patienten wurden noch bei verschiedenen anderen, wie ich den Charité-Annalen entnehmen konnte, nach der Resektion Versuche gemacht, bestehende Fisteln durch Tuberkulin-Injektionen zum Schliessen zu bringen. Aber auch hier ist wohl der Erfolg ein negativer zu nennen; wenn auch bei diesem oder jenem die Fisteln sich schlossen, so wäre dies auch wohl ohne die betreffende Behandlung zustande gekommen.

Schon aus dem Umstande, das man das Tuberkulin als antituberkulöses Mittel heute schon wieder ganz aufgegeben hat, geht wohl hervor, dass auch bei der tuberkulösen Coxitis von ihm kein Erfolg zu erwarten ist.

Es ist daher für die Behandlung derselben wohl ganz ausser Acht zu lassen, zumal da das hohe Fieber, das den Injektionen zu folgen pflegt, den Kräftezustand des Patienten bedeutend herabsetzt und gewiss

den Wiederstand des Organismus gegen den Krankheitsprocess schwächt.

Etwas ganz anderes ist es, wenn man das Tuberkulin als diagnostisches Mittel benutzt; hier ist es von grossem Wert, da man bei etwaiger Reaktion sofort die Diagnose „Tuberkulose“ stellen kann. Und in dieser Hinsicht hat es sich ja auch eine grosse Bedeutung errungen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. v. Bardeleben für die freundliche Überlassung des Materials, sowie Herrn Stabsarzt Dr. Tilmann für die Anregung zu dieser Arbeit und die freundliche Durchsicht derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Bardeleben: Lehrbuch der Chirurgie- und Operationslehre. 8. Ausgabe.

Caumont: Ueber Behandlung chronischer Gelenkentzündungen u. s. w. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XX.

Baehr: Ueber Endresultate der Hüftgelenksresektionen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XXX.

Leuchtenberger: Einige Endergebnisse der Resectio coxae. Inauguraldissertation.

König: Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. 5. Aufl.

Charité-Annalen.

Lossen-Hueters Grundriss der Chirurgie.

Bruns: Ueber die Ausgänge der tuberkulösen Coxitis bei konservativer Behandlung. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. XII.

Tillmanns: Lehrbuch für Chirurgie. 3. Aufl.

Amtliche Berichte über Wirksamkeit des Koch'schen Heilmittels gegen Tuberkulose. Klin. Jahrb. Ergänzungsband.

Thesen.

I.

Die grossen Abscesse im Hüftgelenk und nicht minder die kleinen mehrfach recidivierenden indicieren in den meisten Fällen die Resektion.

II.

Das Tuberkulin ist als antituberkulöses Mittel zu verwerfen.

III.

Bei Prolapsus uteri ist die Kolporraphie das einzig richtige Verfahren.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Friedrich Hellmut Imanuel Liesegang, Sohn des in Potzlow in der Uckermark verstorbenen Pastors Hermann Liesegang, wurde am 4. Mai 1871 zu Techow, Kreis Ost-Priegnitz, geboren und erhielt seine wissenschaftliche Vorbildung auf dem Gymnasium zu Prenzlau. Nachdem er dasselbe Michaelis 1890 mit dem Zeugnis der Reife verlassen hatte und gleich darauf, am 22. Oktober, in die königlich med. chir. Akademie für das Militär aufgenommen war, genügte er vom 1. April — 1. Oktober 1891 seiner Dienstpflicht mit der Waffe bei der 6. Kompagnie Garde-Füsilier-Regiments. Am 9. Juli 1892 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 3. Juli 1894 das Tentamen medicum und am 10. Juli 1894 das Examen rigorosum.

Während seiner bisherigen Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

v. Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Dilthey, Engler, Ewald, Fräntzel(†), Gerhard, Goldscheider, Gurlt, Gusserow, Hartmann(†), Hertwig, v. Hofmann(†), Jolly, A. Köhler, Kossel, Kundt(†), Leiden, Liebreich, Olshausen, Rubner, Salkowski, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Schulze, Siemerling, Sonnenburg, R. Virchow, Waldeyer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.